

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(PER GRADUATORIA - 1° semestre anno 2018)

BOLLO € 16,00

All'Assessorato Regionale
dell'Igiene e Sanità e
dell'Assistenza Sociale
Via Roma, 223
09123 CAGLIARI

san.dgsan@pec.regione.sardegna.it

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ Residente
a _____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale
per la Medicina generale, valevole per l'anno 2017, laureato il _____, con voto _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del
29.07.2009, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale
della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti
incarichi:

ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso l'ASSL di _____ della
Regione _____ dal _____.

Allega alla presente, unitamente alla copia fotostatica del documento di identità, la documentazione o autocertificazione
e dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 92,
comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente:
allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e successivi
provvedimenti, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito
del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato

c/o _____ Comune _____

CAP _____ prov. _____ via _____ n. _____.

Data _____

Firma per esteso _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara:

- di aver conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale in data _____ rilasciato dalla C.O.118/ASSL di _____ Regione _____.
- di essere residente nella Regione _____ Comune di _____ provincia di _____ dal _____

Data _____

Firma

ALLEGATO B/2 (graduatoria 2018)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- 1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;
- 2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 29.07.2009 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL _____ periodo dal _____;
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. _____ scelte ASL _____ periodo dal _____;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL _____ branca _____ ore sett. _____
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.:
ASL _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2):
Regione _____ ASL _____ ore sett. _____ in forma attiva -
in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs n. 368/99:
Denominazione del corso:
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio dal _____;
- 9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le ASL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____

- Periodo dal _____;
- 10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 (2):
- Organismo _____ ore sett. _____
- Via _____ Comune di _____
- Tipo di attività _____
- Tipo di rapporto di lavoro _____
- Periodo dal _____;
- 11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93
- ASSL _____ ore sett. _____
- Via _____ Comune di _____
- Periodo dal _____;
- 12) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2);
- ASSL _____ Comune di _____
- Periodo dal _____;
- 13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche (2):
- _____
- _____
- Periodo dal _____;
- 14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- _____
- 15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
- Periodo dal _____;
- 16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna);
- _____
- Periodo dal _____;
- 17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):
- ASSL _____ Comune di _____ ore sett. _____
- Tipo di attività _____
- Periodo dal _____;
- 18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):
- Soggetto pubblico _____
- Via _____ Comune di _____
- Tipo di attività _____
- Tipo di rapporto di lavoro _____
- Periodo dal _____;
- 19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

Periodo dal _____;

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____;

note

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".